

Anna Majda¹, Karolina Walas¹, Agnieszka Gawełek²

¹Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

²Klinika św. Łukasza, Bielsko-Biała

Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych

Quality of life in patients with osteoarthritis of the hip

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba zwyrodnieniowa, uznana za jedno z zagrożeń cywilizacyjnych, jest najczęstszą patologią stawów występującą u osób dorosłych. Endoprotezoplastyka stanowi cenny sposób leczenia ciężkich zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego, który wpływa na poprawę jakości życia osób chorych.

Cel pracy. Celem badania była ocena wpływu endoprotezoplastyki stawu biodrowego na jakość życia pacjentów uwarunkowaną stanem zdrowia.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 70 pacjentów, którzy z powodu choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego byli leczeni w Klinice Św. Łukasza w Bielsku-Białej. Do oceny jakości życia przed i po zabiegu operacyjnym wykorzystano wystandaryzowany kwestionariusz *Nottingham Health Profile* (NHP [wersja polska Wrześniewski]).

Wyniki. Po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego zaobserwowano istotną statystycznie poprawę jakości życia pacjentów w wymiarze: energia życiowa, ból, sprawność ruchowa oraz w sferze życia dotyczącej pracy domowej, zagospodarowania czasu wolnego, życia towarzyskiego oraz zainteresowań i hobby. Nie stwierdzono statystycznie istotnej poprawy w wymiarze: reakcje emocjonalne, izolacja społeczna, zaburzenia snu oraz w sferze pracy zarobkowej, życia rodzinnego, życia seksualnego. Jakość życia badanych była determinowana zmienną, taką jak płeć oraz masa ciała. Kobiety oraz osoby o prawidłowej masie ciała wyżej oceniły swoją jakość życia po zabiegu endoprotezoplastyki.

Wnioski. Zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego poprawił znacząco jakość życia chorych w badanej grupie.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 29–37

Słowa kluczowe: jakość życia, endoprotezoplastyka, choroba zwyrodnieniowa stawów

ABSTRACT

Introduction. According to one of the civilization threats – osteoarthritis is the most common joint disease in adults. Total joint replacement is a valuable treatment for severe osteoarthritis of the hip, significantly affecting improved Quality of Life of patients.

Aim. The aim of this study was to evaluate the impact of hip replacement on quality of life of patients conditioned health.

Material and methods. The study group consisted of 70 patients, who were treated at the Clinic of St. Luke in Bielsko-Biała. For the evaluation of the quality of life the standardized questionnaire – *Nottingham Health Profile* (NHP, Polish version Wrześniewski) was used.

Results. At the final evaluation the improvement was observed in the following in subareas: energy level, pain, physical abilities and life areas affected: works in home, free time, social life, interests and hobbies. No change was observed in the in subareas: emotional reaction, social isolation, sleep and life areas affected: work, home life, sex life. Quality of life was determined by variable subjects such as sex and body weight. Women and persons of normal weight above found their quality of life after surgery arthroplasty.

Conclusion. Total hip replacement improved Quality of Life in study group.

Nursing Topics 2013; 21 (1): 29–37

Key words: quality of life, arthroplasty, coxarthrosis

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest uważana powszechnie za najczęstszą przewlekłą chorobę stawów oraz główną przyczynę dolegliwości bólowych w ukła-

dzie mięśniowo-szkieletowym u ludzi w krajach rozwiniętych. Patologię tą Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) uznała za jedno z poważniejszych zagrożeń cywilizacyjnych. Zmiany pa-

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Majda, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 12 634 33 93, faks: 12 632 48 81, e-mail: majdanna@poczta.onet.pl

tologiczne spowodowane chorobą mają charakter nieodwracalny, wymagają specjalnego postępowania i często są przyczyną inwalidztwa. Choroba zwyrodnieniowa stawów sprawia, że jakość życia cierpiących na nią osób jest znacznie obniżona w porównaniu z populacją osób zdrowych, gdyż choroba utrudnia, a czasem nawet uniemożliwia, pełnienie podstawowych funkcji społecznych, w tym rodzinnych i zawodowych [1–3].

Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych jest uważana za chorobę wieku starczego, wynikającą z naturalnego, biologicznego procesu starzenia się tkanek. Coraz częściej jednak choroba ta dotyka ludzi młodych oraz w średnim wieku, czyli grupę społeczną aktywną zawodowo. W początkowym stadium choroby pacjenci potrafią w wystarczający sposób kompensować swoją niepełnosprawność fizyczną. Niestety w późniejszym okresie choroba prowadzi do wystąpienia dolegliwości bólowych oraz ograniczenia ruchomości stawów, doprowadzając do znacznego ograniczenia funkcji tych stawów oraz obniżenia poziomu jakości życia chorych osób. Z racji ograniczeń sprawności fizycznej pojawiają się kłopoty z przemieszczaniem, a przestrzeń życiowa często zawęża się do rozmiarów własnego mieszkania. Sytuacja taka utrudnia nawiązywanie nowych kontaktów i prowadzenie życia towarzyskiego, co jest szczególnie ważne dla osób mieszkających samotnie. Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych staje się często powodem przedłużającej się niezdolności do pracy zawodowej, czego konsekwencją jest pogorszenie sytuacji materialnej rodziny, a nawet utrata pracy. Nierzadko problemy finansowe ograniczają możliwości podjęcia odpowiedniego leczenia, rehabilitacji i zakupu leków. Sytuacja ta może negatywnie wpływać na poczucie komfortu psychicznego i zadowolenia z własnej sytuacji życiowej, czyli szeroko rozumianej jakości życia. Obciążenie psychiczne i stres związany z chorobą powoduje obniżenie nastroju, frustrację, drażliwość, a nawet depresję i stany lękowe. W przypadku zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych, nagłe pogorszenie stanu zdrowia, czy konieczność zastosowania drastycznych metod leczenia (jak np. endoprotezoplastyka) jest dla pacjentów ogromnym źródłem stresu i silnych reakcji emocjonalnych [4–7].

Pierwszorzędnym i dominującym objawem choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych jest ból zlokalizowany w pachwinie. W początkowym stadium choroby występuje on głównie podczas aktywności obciążającej staw, czyli przy chodzeniu, zmianie pozycji. Aby zniwelować dolegliwości bólowe, chorzy często utykają w trakcie chodzenia, odciążając w ten sposób zwyrodniały staw. W zaawansowanym stadium choroby dolegliwości bólowe pojawiają się już przy drobnych ruchach oraz podczas nocnego odpoczynku i mogą stać się bólem przewlekłym. Zwyrodnieniu stawów biodrowych, może również towarzyszyć sztywność pojawiająca się

po okresie bezruchu, a także ograniczenie zakresu ruchomości stawu, utrudniające wykonywanie czynności dnia codziennego, na przykład ubieranie butów [8, 9].

Do czynników pierwotnych predysponujących do wystąpienia choroby zaliczamy: wiek, płeć, powtarzane przeciążenia, czynniki genetyczne, nadwagę i otyłość, niedobór estrogenów, osłabienie mięśni, małą aktywność fizyczną, wzmożoną gęstość kości, nikotynizm, niedobory żywieniowe, ciężką pracę fizyczną. Do czynników wtórnych: urazy, wady wrodzone i rozwojowe układu kostno-stawowego, choroby metaboliczne i endokrynologiczne [10, 11].

Taktykę leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych należy dostosować do indywidualnych potrzeb pacjentów, które obejmują między innymi czynniki ryzyka, stopień natężenia bólu, lokalizację i stopień uszkodzenia elementów tworzących staw, jak również życzenia i oczekiwania chorego [12]. Zarówno leczenie zachowawcze, jak i zabiegowe mają na celu zniesienie dolegliwości bólowych oraz ograniczeń utrudniających funkcjonowanie w życiu codziennym. Przyczyniają się tym samym do wzrostu satysfakcji z życia osób cierpiących na zwyrodnienie stawów biodrowych [13, 14].

Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Kolegium Reumatologicznego podstawę leczenia powinno stanowić leczenie zachowawcze obejmujące edukację pacjenta i jego bliskich, regularne ćwiczenia fizyczne, zaopatrzenie korekcyjne oraz w sprzęt ułatwiający samoobsługę, a także działania profilaktyczne, na przykład redukcję masy ciała u chorych z nadwagą lub otyłych [10, 12]. W przypadku zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych, nieskuteczności farmakoterapii, kiedy dolegliwości bólowe są znacznie nasilone i występują również w nocy, stosuje się leczenie operacyjne zwane endoprotezoplastyką. Wprowadzenie zabiegu całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego pomimo swojej inwazyjności przynosi spektakularne rezultaty, zarówno w zakresie zniesienia bólu, jak również poprawy funkcji stawu, przyczyniając się tym samym do poprawy jakości życia osób chorych [8].

Cel badań

Celem badań była ocena wpływu alloplastyki (endoprotezoplastyki) stawu biodrowego na jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych leczonych w Klinice św. Łukasza w Bielsku-Białej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2011 do maja 2012 roku wśród pacjentów zakwalifikowanych do całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego i techniką ankiety. Wykorzystano wystandaryzowane narzędzie badawcze: kwestionariusz do pomiaru subiektywnego stanu zdrowia

Nottingham Health Profile (NHP, wersja polska Wrześniewski), składające się z dwóch części. Część pierwsza dotyczyła aktualnie doświadczanych problemów zdrowotnych w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychologicznego i społecznego. Druga część składała się z pojedynczych stwierdzeń, które badały wpływ stanu zdrowia na sfery życia: pracę zarobkową, prace domowe, życie towarzyskie, życie rodzinne, życie seksualne, zainteresowania i hobby oraz wykorzystanie czasu wolnego. Wyniki obliczono według klucza, oddzielnie dla każdej części kwestionariusza. Im wyższy wynik, tym gorsza jakość życia w badanym obszarze [15]. W celu uzyskania informacji dotyczących zmiennych socjodemograficznych oraz masy ciała badanych wykorzystano krótką metryczkę własnego autorstwa, zawierającą podstawowe pytania dotyczące: wieku, płci, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, wykonywanego zawodu, liczby osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie oraz masy ciała i wzrostu badanych.

Pierwsze badanie z wykorzystaniem kwestionariusza NHP oraz krótkiej metryczki wykonano w dniu zabiegu, następnie badanie powtórzono miesiąc po zabiegu, prosząc tych samych uczestników o ponowne wypełnienie kwestionariusza podczas wizyty kontrolnej w poradni ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Klinice Św. Łukasza. Wszyscy ankietowani wyrazili świadomą zgodę na przeprowadzenie badań. Do analizy wyników badań zastosowano test oparty na statystyce *t*-Studenta dla prób niezależnych. Za poziom statystycznie istotny przyjęto wartość $p < 0,05$ [16, 17].

W prezentowanej pracy postawiono następujące problemy badawcze:

1. Czy endoprotezoplastyka stawu biodrowego w sposób znaczący poprawia jakość życia badanych pacjentów?
2. Jak choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego wpływa na funkcjonowanie fizyczne, psychologiczne, społeczne i wymiary stanu zdrowia badanych przed zabiegiem endoprotezoplastyki?
3. Czy nastąpiła istotna statystycznie poprawa jakości życia badanych w poszczególnych wymiarach stanu zdrowia oraz funkcjonowaniu fizycznym, psychologicznym i społecznym po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego?
4. W których sferach życia pacjenci odczuwali największe trudności przed zabiegiem endoprotezoplastyki stawu biodrowego?
5. Czy nastąpiła statystycznie istotna poprawa jakości życia badanych w poszczególnych sferach życia po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego?
6. Czy istnieje zależność pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi oraz masą ciała a wymiarami stanu zdrowia pacjentów przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego?

Wyniki

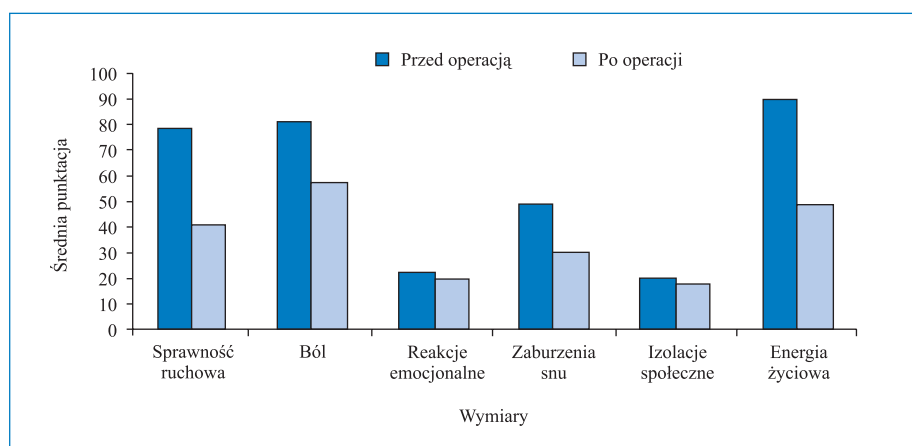
Badaniami objęto 70 pacjentów (46 kobiet i 24 mężczyzn). Średni wiek badanych wynosił 61 lat. Najmłodsza osoba miała 36 lat, najstarsza 82. Prawie połowa ankietowanych (47%) zamieszkiwała miasto poniżej 100 tys. mieszkańców, 31% mieszkało w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, natomiast 21% na wsi. Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim (54%). Osoby posiadające wykształcenie podstawowe stanowiły 27% badanych, natomiast najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym — 19%. Średnia wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) badanej grupy wynosiła 29,7. Najwięcej badanych (21%) stanowiły osoby z otyłością I stopnia, najmniej badanych (2%) stanowiły osoby z otyłością II i III stopnia.

Analizując wyniki uzyskane w poszczególnych wymiarach stanu zdrowia w kwestionariuszu NHP przed zabiegiem operacyjnym, można stwierdzić, że dla pacjentów najczęstszymi problemami okazały się: brak energii życiowej (88,46 pkt.), ból (80,26 pkt.), sprawność ruchowa (76 pkt.). Problemy pacjentów dotyczące takich wymiarów stanu zdrowia, jak izolacja społeczna i reakcje emocjonalne charakteryzowały się najniższymi wynikami, które odpowiednio wynosiły 22,53 i 25,96 pkt.

Taką samą analizę przeprowadzono u pacjentów miesiąc po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Na podstawie uzyskanych wyników zaobserwowano, że wśród badanych w dalszym ciągu dominowały ograniczenia dotyczące wymiarów stanu zdrowia, takich jak: ból (57,23 pkt.), energia życiowa (51,46 pkt.) oraz sprawność ruchowa (41 pkt.). Najmniejsze problemy wśród respondentów zaobserwowano w wymiarze: izolacja społeczna (19,53 pkt.) oraz reakcje emocjonalne (22,86 pkt.) (ryc. 1).

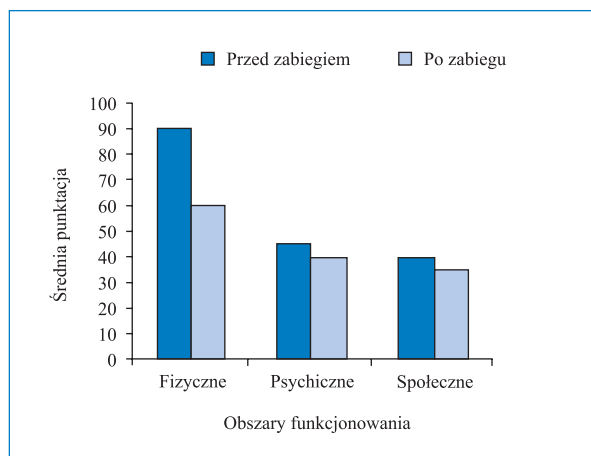
Porównanie wyników osiągniętych przez chorych przed i po zabiegu endoprotezoplastyki wykazało, że po operacji nastąpiła istotna statystycznie poprawa jakości życia, wyrażona poprzez spadek liczby punktów w następujących wymiarach stanu zdrowia: energia życiowa ($p < 0,001$), sprawność ruchowa ($p < 0,001$), ból ($p < 0,001$). Nie stwierdzono natomiast statystycznie istotnej poprawy w wymiarze reakcje emocjonalne ($p = 0,635$), izolacja społeczna ($p = 0,574$) oraz zaburzenia snu ($p = 0,142$).

Analizując wyniki osiągnięte przez chorych przed i po operacji w poszczególnych obszarach funkcjonowania, zaobserwowano, że choroba zwyrodnieniowa najbardziej upośledziła funkcjonowanie badanych w obszarze fizycznym (91,22 pkt. przed operacją; 60,13 pkt. po operacji). W najmniejszym stopniu choroba wpłynęła na funkcjonowanie osób w obszarze psychologicznym (45,24 pkt. przed operacją; 40,75 pkt. po operacji) i społecznym (41,29 pkt. przed operacją; 36,86 pkt. po



Rycina 1. Wyniki uzyskane przez ankietowanych w poszczególnych wymiarach stanu zdrowia kwestionariusza NHP przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego

Figure 1. The results obtained by the respondents in the particular health dimensions in NHP questionnaire before and after hip replacement surgery



Rycina 2. Wyniki uzyskane przez ankietowanych w obszarach funkcjonowania przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego

Figure 2. The results obtained by the respondents in the functioning areas before and after hip replacement surgery

operacji) (ryc. 2). Zaobserwowano również, że pooperacyjna poprawa funkcjonowania stawu biodrowego w sposób istotny wpłynęła na poprawę jakości życia w obszarze funkcjonowania fizycznego ($p = 0,012$) (tab. 1).

Analizie poddano wpływ choroby zwyrodnieniowej na główne sfery życia człowieka, takie jak: praca zarobkowa, prace domowe, życie towarzyskie, życie rodzinne, życie seksualne, zainteresowania i hobby, a także czas wolny. Na podstawie ankiety przeprowadzonej przed zabiegiem zaobserwowano, że najczęściej ograniczeń spowodowanych chorobą ankietowani zgłaszali w wykonywaniu prac domowych (0,93 pkt.), a także w zagospodarowaniu czasu wolnego (0,80 pkt.). Nieco

mniejszy wpływ choroby badani odczuwali w sferze zainteresowań i hobby (0,60 pkt.) oraz pracy zarobkowej (0,47 pkt.). W najmniejszym stopniu choroba wpłynęła na życie towarzyskie (0,31 pkt.), rodzinne (0,1 pkt.) i seksualne (0,21 pkt.).

Analizując wyniki ankiety przeprowadzonej po zabiegu operacyjnym, stwierdzono, że najczęściej ograniczeń spowodowanych chorobą pacjenci odczuwali w wykonywaniu prac domowych (0,64 pkt.), a także w zagospodarowaniu czasu wolnego (0,57 pkt.). Mniejszy wpływ choroby zwyrodnieniowej badani odczuwali w sferze zainteresowań i hobby (0,50 pkt.) oraz pracy zarobkowej (0,44 pkt.). W najmniejszym stopniu choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych wpłynęła na sfery życia, takie jak: życie towarzyskie (0,23 pkt.), rodzinne (0,09 pkt.) i seksualne (0,1 pkt.).

Porównano wyniki uzyskane przez pacjentów przed i po zabiegu operacyjnym. Jakość życia pacjentów istotnie statystycznie uległa poprawie w zakresie pracy domowej ($p = 0,02$), czasu wolnego ($p = 0,02$), życia towarzyskiego ($p = 0,03$) oraz zainteresowań i hobby ($p = 0,04$). Nie odnotowano natomiast istotnej statystycznie poprawy w obrębie pracy zarobkowej, życia rodzinnego oraz życia seksualnego (tab. 2).

Analizując średnie wyniki uzyskane w poszczególnych wymiarach subiektywnego stanu zdrowia przez grupę kobiet i mężczyzn zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w energii życiowej przed operacją oraz w sprawności ruchowej po operacji. W wymiarze energia życiowa przed zabiegiem lepsze okazały się kobiety uzyskując 68,2 pkt., podczas gdy wynik mężczyzn wyniósł 96,3 pkt. ($p = 0,003$). O istotnej statystycznie różnicy w wymiarze sprawność ruchowa po zabiegu zdecydował niższy wynik mężczyzn 29,5 pkt. ($p = 0,004$) (tab. 3).

Tabela 1. Wyniki uzyskane przez ankietowanych w obszarach funkcjonowania przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego**Table 1.** The results obtained by the respondents in the functioning areas before and after hip replacement surgery

Obszary funkcjonowania	Przed operacją	Po operacji	Test <i>t</i> -Studenta
Fizyczne	91,22	60,13	$t = 1,823; p = 0,012$
Psychiczne	45,24	40,75	$t = 0,284; p = 0,246$
Społeczne	41,29	36,86	$t = 0,946; p = 0,372$

Tabela 2. Porównanie średnich wyników uzyskanych przez ankietowanych przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego w poszczególnych sferach życia kwestionariusza NHP**Table 2.** Comparison of average scores obtained by the respondents before and after hip replacement surgery in the various areas of life in NHP questionnaire

Sfery życia	Przed operacją	Po operacji	Test <i>t</i> -Studenta
Praca zarobkowa	0,47	0,44	$t = 0,846; p = 0,86$
Prace domowe	0,93	0,64	$t = 1,535; p = 0,02$
Życie towarzyskie	0,31	0,23	$t = 0,725; p = 0,03$
Życie rodzinne	0,10	0,09	$t = 0,142; p = 0,96$
Życie seksualne	0,21	0,10	$t = 0,912; p = 0,23$
Zainteresowania i hobby	0,60	0,50	$t = 1,028; p = 0,04$
Czas wolny	0,80	0,57	$t = 1,141; p = 0,02$

Tabela 3. Porównanie średnich wyników uzyskanych wśród mężczyzn i kobiet w poszczególnych wymiarach stanu zdrowia kwestionariusza NHP przed i po zabiegu operacyjnym endoprotezoplastyki stawu biodrowego**Table 3.** Comparison of average scores obtained among men and women in various health dimensions in NHP questionnaire before and after hip replacement surgery

Wymiary	Przed operacją			Po operacji		
	Kobiety	Mężczyźni	Test <i>t</i> -Studenta	Kobiety	Mężczyźni	Test <i>t</i> -Studenta
Sprawność ruchowa	79,3	72,8	$t = 0,143; p = 0,003$	51,4	29,5	$t = 0,467; p = 0,001$
Ból	82,4	75,2	$t = 1,453; p = 0,001$	60,2	53,4	$t = 1,338; p = 0,004$
Reakcje emocjonalne	30,1	22,4	$t = 1,663; p = 0,632$	24,5	19,4	$t = 0,045; p = 0,539$
Zaburzenia snu	48,2	55,4	$t = 0,932; p = 0,003$	29,3	35,6	$t = 0,944; p = 0,234$
Izolacje społeczne	19,4	24,8	$t = 1,002; p = 0,586$	16,4	21,5	$t = 0,424; p = 0,869$
Energia życiowa	68,2	96,3	$t = 1,994; p = 0,004$	55,6	47,9	$t = 0,589; p = 0,002$

Tabela 4. Porównanie średnich wyników w poszczególnych wymiarach stanu zdrowia kwestionariusza NHP przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego w grupie kobiet i mężczyzn**Table 4.** Comparison of average scores obtained among particular health dimension in NHP questionnaire before and after hip replacement surgery by women and men groups

Wymiary	Kobiety			Mężczyźni		
	Przed operacją	Po operacji	Test t-Studenta	Przed operacją	Po operacji	Test t-Studenta
Sprawność ruchowa	79,3	51,4	t = 0,143; p = 0,003	72,8	29,5	t = 0,467; p = 0,001
Ból	82,4	60,2	t = 1,453; p = 0,001	75,2	53,4	t = 1,338; p = 0,004
Reakcje emocjonalne	30,1	24,5	t = 1,663; p = 0,632	22,4	19,4	t = 0,045; p = 0,539
Zaburzenia snu	48,2	29,3	t = 0,932; p = 0,003	55,4	35,6	t = 0,944; p = 0,234
Izolacje społeczne	19,4	16,4	t = 1,002; p = 0,586	24,8	21,5	t = 0,424; p = 0,869
Energia życiowa	68,2	55,6	t = 1,994; p = 0,004	96,3	47,9	t = 0,589; p = 0,002

Oceniając wyniki oddzielnie dla grupy kobiet i mężczyzn uzyskane przed i po zabiegu operacyjnym zaobserwowano w przypadku kobiet poprawę jakości życia po operacji w wymiarach, takich jak: sprawność ruchowa ($p = 0,003$), ból ($p = 0,001$), zaburzenia snu ($p = 0,003$) i energia życiowa ($p = 0,004$). W przypadku mężczyzn były to: sprawność ruchowa ($p = 0,001$), ból ($p = 0,004$) oraz energia życiowa ($p = 0,002$) (tab. 4).

Porównanie średnich wyników uzyskanych w grupie pacjentów przed i po 65. roku życia wykazało istotną statystycznie różnicę w wymiarze reakcje emocjonalne i energia życiowa przed i po operacji alloplastyki stawu biodrowego. W wymiarze reakcje emocjonalne zarówno przed, jak i po zabiegu wyżej swoją jakość życia ocenili pacjenci po 65. roku życia ($p = 0,001$; $p = 0,002$). Również w wymiarze energia życiowa przed i po zabiegu operacyjnym niższy wynik, a tym samym poprawę jakości życia zaobserwowano u pacjentów powyżej 65. roku życia ($p = 0,002$; $p = 0,004$) (tab. 5).

Porównanie wyników uzyskanych przez grupy pacjentów o różnym wykształceniu przed i po operacji nie wykazało istotnych statystycznie różnic między punktacją uzyskaną w poszczególnych sferach życia. Jedynie porównanie grupy pacjentów z wykształceniem podstawowym i wyższym przed zabiegiem wykazało istotną statystycznie różnicę w sferze praca zarobkowa ($p = 0,002$) oraz zainteresowania i hobby ($p = 0,001$). W sferze praca zarobkowa mniejszy wynik uzyskali pa-

cjenci z wykształceniem wyższym. Natomiast w sferze zainteresowania i hobby mniejszy wynik uzyskali chorzy z wykształceniem podstawowym.

Również porównanie wyników uzyskanych przez grupy pacjentów o różnym miejscu zamieszkania przed i po operacji nie wykazało istotnych statystycznie różnic między punktacją uzyskaną w poszczególnych sferach życia. Jedynie porównanie grupy pacjentów zamieszkałych wieś z grupą pacjentów z miasta powyżej 100 tys. mieszkańców przed zabiegiem wykazało istotną statystycznie różnicę w sferze praca zarobkowa ($p = 0,003$). W sferze praca zarobkowa mniejszy wynik uzyskali pacjenci zamieszkujący wieś.

Porównując ze sobą pacjentów przed i po zabiegu operacyjnym o różnym BMI zaobserwowano, że jedynie istotne statystycznie różnice występują dla grup z wagą prawidłową i otyłością. Analizując średnie wyniki przed zabiegiem zaobserwowano, że w sferze praca zarobkowa oraz zainteresowania i hobby istotną statystycznie lepszą jakość życia charakteryzowała się grupa z prawidłową masą ciała, uzyskując niższe wyniki. Dla sfery praca zarobkowa pacjenci z prawidłową masą ciała osiągnęli średni wynik 0,24 pkt. i wynik ten był istotnie statystycznie niższy od wyniku uzyskanego przez chorych z otyłością ($p = 0,002$). W przypadku sfery zainteresowania i hobby pacjenci z prawidłową masą ciała uzyskali średni wynik 0,37 pkt. i był on istotnie statystycznie niższy od wyniku uzyskanego przez pacjentów otyłych ($p = 0,001$).

Tabela 5. Porównanie średnich wyników w poszczególnych wymiarach stanu zdrowia kwestionariusza NHP przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego w grupie chorych przed i po 65. Roku życia**Table 5.** Comparison of average scores obtained among particular health dimension in NHP questionnaire before and after hip replacement surgery among patients younger and older than 65 years

Wymiary	Przed operacją			Po operacji		
	Przed 65. rż.	Po 65. rż.	Test t-Studenta	Przed 65. rż.	Po 65. rż.	Test t-Studenta
Sprawność ruchowa	70,1	81,3	t = 0,368; p = 0,237	36,3	45,6	t = 0,803; p = 0,465
Ból	82,4	77,3	t = 0,025; p = 0,498	60,2	54,3	t = 1,389; p = 0,354
Reakcje emocjonalne	41,4	13,6	t = 1,159; p = 0,001	28,3	9,5	t = 3,473; p = 0,002
Zaburzenia snu	47,2	53,1	t = -0,223; p = 0,265	28,5	38,4	t = -0,884; p = 0,365
Izolacje społeczne	19,3	26,4	t = -1,463; p = 0,648	14,6	23,5	t = -0,775; p = 0,376
Energia życiowa	95,3	68,6	t = 2,663; p = 0,002	58,4	46,2	t = 3,182; p = 0,004

Porównując ze sobą pacjentów z prawidłową masą ciała i otyłością po zabiegu operacyjnym, wykazano, że istotnie statystycznie różnice występują w przypadku następujących sfer życia: praca zarobkowa, prace domowe oraz zainteresowania i hobby. We wszystkich tych trzech przypadkach średnio niższe wyniki osiągał pacjent z prawidłową masą ciała (odpowiednio 0,19, 0,51, oraz 0,25 pkt.). Wyniki te były istotnie statystycznie niższe od wyników uzyskanych przez pacjentów z otyłością (tab. 6).

Dyskusja

Przeprowadzone badania potwierdziły, że zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego istotnie wpłynął na poprawę jakości życia wśród badanych, co pozwoliło zaobserwować w jakim stopniu choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych upośledza funkcjonowanie fizyczne, psychologiczne i społeczne osób chorych. We wszystkich obszarach kwestionariusza NHP, można było zaobserwować, że uzyskana punktacja dotycząca jakości życia pacjentów przed zabiegiem endoprotezoplastyki stawu biodrowego była wyższa (co świadczy o większym upośledzeniu danej sprawności) w porównaniu z punktacją uzyskaną przez tych samych pacjentów miesiąc po zabiegu endoprotezoplastyki.

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych zaobserwowano, że przed zabiegiem operacyjnym największy problem badani odczuwali w obszarze funkcjonowania fizycznego oraz wymiarach stanu zdrowia, takich jak:

energia życiowa, ból, sprawność ruchowa, zaburzenia snu, w mniejszym stopniu choroba wpłynęła na obszar funkcjonowania psychologicznego i społecznego oraz wymiar: izolacja społeczna i reakcje emocjonalne. Zabieg alloplastyki w sposób istotny statystycznie poprawił jakość życia badanej grupy w wymiarach, takich jak: energia życiowa, sprawność ruchowa, ból oraz funkcjonowanie fizyczne. Nieistotną statystycznie poprawę zaobserwowano w następujących wymiarach: izolacja społeczna, reakcje emocjonalne, zaburzenia snu oraz funkcjonowanie psychologiczne i społeczne. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali Rocławski i wsp. [18], którzy badając wpływ alloplastyki na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia, z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 (*Short Form Health Survey*), również zaobserwowali, że po zabiegu operacyjnym nastąpiła istotna statystycznie poprawa w obszarze: funkcjonowania fizycznego, bólu fizycznego, ograniczeń fizycznych, vitalności. W badaniach własnych zaobserwowano znaczną różnicę pomiędzy punktacją uzyskaną przed i po zabiegu w wymiarze bólu. Dolegliwości bólowe odczuwane przez pacjentów przed zabiegiem były zdecydowanie silniejsze. Potwierdzają to również badania Jachimowicz-Wołoszynek i wsp. [19].

Badając wpływ choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych na sfery życia, takie jak: praca domowa, czas wolny, zainteresowania i hobby, praca zarobkowa, życie rodzinne, życie towarzyskie i życie seksualne, zaobserwowano, że przed zabiegiem operacyjnym największy

Tabela 6. Wyniki uzyskane przez ankietowanych z wagą prawidłową oraz otyłych w poszczególnych sferach życia kwestionariusza NHP przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego**Table 6.** The results obtained by the respondents with normal weight and obese in different spheres of life in NHP questionnaire before and after hip replacement surgery

Strefy życia	Przed operacją			Po operacji		
	Prawidłowa	Otyłość	Test <i>t</i> -Studenta	Prawidłowa	Otyłość	Test <i>t</i> -Studenta
Praca zarobkowa	0,24	0,78	$t = -4,273$; $p = 0,002$	0,19	0,57	$t = -3,132$; $p = 0,001$
Prace domowe	0,81	0,96	$t = -0,154$; $p = 0,382$	0,51	0,86	$t = -1,594$; $p = 0,001$
Życie towarzyskie	0,28	0,34	$t = -0,182$; $p = 0,483$	0,26	0,27	$t = -0,034$; $p = 0,483$
Życie rodzinne	0,1	0,1	$t = 0,083$; $p = 0,529$	0,09	0,06	$t = 1,884$; $p = 0,529$
Życie seksualne	0,17	0,27	$t = -0,774$; $p = 0,397$	0,07	0,12	$t = -0,774$; $p = 0,397$
Zainteresowania i hobby	0,37	0,92	$t = -2,773$; $p = 0,001$	0,25	0,76	$t = -2,574$; $p = 0,001$
Czas wolny	0,82	0,79	$t = 0,998$; $p = 0,482$	0,61	0,49	$t = 1,649$; $p = 0,482$

szy deficyt badani odczuwali w następujących sferach: praca domowa, czas wolny oraz zainteresowania i hobby. Zabieg endoprotezoplastyki w istotny sposób poprawił jakość życia badanych w wymienionych sferach życiowych. Badania własne potwierdziły, że endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest zabiegiem, który poprzez poprawę zakresu funkcjonowania stawu biodrowego oraz niwelowanie dolegliwości poprawił jakość życia chorych, głównie poprzez zwiększenie wydolności samobsługowej, czego dowodzi pozytywny wynik uzyskany w sferze praca domowa, jak również w obszarze — funkcjonowanie fizyczne. Podobne wyniki badań uzyskali Karnat oraz Talarowska-Bogusz i wsp. [2, 20].

Liczne badania sugerują występowanie zależności pomiędzy poziomem jakości życia badanych a zmiennymi socjodemograficznymi [4, 21, 22]. W badaniach przeprowadzonych przez Łapaj i wsp. [4] zaobserwowano, że poprawa funkcji stawu biodrowego nie wpłynęła znacząco na poprawę większości domeny socjalnej, czyli zdolności do pracy, nauki czy relacji społecznych. Również w badaniach własnych zaobserwowano brak istotnej statystycznie poprawy w sferze pracy zarobkowej, która prawdopodobnie była związana z faktem, że 57% spośród badanych to osoby w wieku emerytalnym, nieaktywne zawodowo. Niektórzy autorzy podkreślają zależność jakości życia od zmiennych socjodemograficznych, takich jak wiek i płeć

[13, 22]. W badaniach własnych zaobserwowano istotną statystycznie poprawę w dwóch z sześciu wymiarów stanu zdrowia dotyczących reakcji emocjonalnych i energii życiowej u osób powyżej 65. roku życia. W pozostałych wymiarach stanu zdrowia nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy w wynikach uzyskanych przed i po zabiegu u pacjentów powyżej i poniżej 65. roku życia. Badając związek między płcią a jakością życia wśród badanych przed i po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego, zaobserwowano, że zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn lepszą jakość życia po operacji odnotowano w wymiarach, takich jak: ból, sprawność ruchowa i energia życiowa. Jednakże kobiety znacznie wyżej oceniły swoją jakość życia zarówno przed, jak i po alloplastyce stawów biodrowych co dowodzi, że płeć jest zmienną determinującą jakość życia badanych. Poprawę większego zakresu aktywności po zabiegu w grupie kobiet zaobserwowali również Łapaj i wsp. [4]. W badaniach własnych przeprowadzono analizę oceniającą wpływ innych czynników socjodemograficznych, takich jak miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz BMI na jakość życia badanych z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. Analizując otrzymane wyniki, nie zaobserwowano istotnego wpływu zmiennych, takich jak miejsce zamieszkania czy poziom wykształcenia na jakość życia badanych po zabiegu operacyjnym. Poddając analizie zależność między BMI a jakością życia pacjentów

w poszczególnych sferach życia zaobserwowano, że osoby z otyłością uzyskały przed zabiegiem większą liczbę punktów w sześciu z siedmiu sfer życia, co świadczy o niższej jakości życia tej grupy osób. Największy deficyt osoby te odczuwały w sferze praca domowa, co może wiązać się z ograniczoną aktywnością fizyczną oraz mniejszą wydolnością samoobsługową tych osób. Również po zabiegu osoby otyłe uzyskały największą liczbę punktów w pięciu z siedmiu sfer życia. Otrzymany wynik pozwala przypuszczać, że jakość życia osób z otyłością w badanej grupie była niższa w porównaniu z osobami o prawidłowej masie ciała, tak więc jakość życia w badanej grupie była determinowana masą ciała, podobnie jak w pracy Cwanek [23].

Podsumowując, w przeprowadzonym badaniu wykazano, że choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego w istotnym stopniu upośledza funkcjonowanie pacjentów w wymiarze fizycznym. Najmniejsze skutki choroby badani odczuwali w wymiarze psychologicznym i społecznym. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego poprawia jakość życia badanych, szczególnie poprzez ograniczenie dolegliwości bólowych, poprawę sprawności fizycznej oraz wzrost energii życiowej. Pooperacyjna poprawa funkcji stawu nie wpływa już tak istotnie na psychologiczną i społeczną komponentę jakości życia.

We współczesnej medycynie coraz większym uznaniem cieszą się badania oceniające subiektywnie odczuwane przez pacjentów zmiany po przeprowadzonym leczeniu zarówno zachowawczym, jak i zabiegowym. Analiza metody terapeutycznej nie powinna więc skupiać się wyłącznie na rezultatach klinicznych. Warto podkreślić, że kompleksowa ocena procedury medycznej powinna obejmować subiektywne wrażenia pacjenta, co jest możliwe do osiągnięcia poprzez prospektywne badanie jakości życia.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań, można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego znacząco poprawiła jakość życia pacjentów cierpiących z powodu choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego.
2. W procesie leczenia zarówno zabiegowego, jak i zachowawczego należy uwzględnić subiektywne odczucia pacjentów na temat własnego stanu zdrowia.
3. Do codziennej praktyki klinicznej należy wprowadzić kwestionariusze dające możliwość dokonywania pomiaru poziomu jakości życia osób chorych, celem określenia właściwego postępowania terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. Piecuch R., Targońska-Stępiak B., Majdan M. Aktualne poglądy na leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów. *Lekarz* 2008; 6: 81–82.
2. Karnat A., Czochara M., Śliwiński Z. Ocena funkcji stawu biodrowego i statyki miednicy u pacjentów po endoprotezoplastyce. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2009; 2: 90–91.

3. Szopińska K., Hagner W., Radziwińska A. Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego (coxarthrosis) — etiologia, etiopatogeneza oraz objawy kliniczne i radiologiczne. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2005; 1: 28–35.
4. Łapaj Ł., Kokoszka P., Jurga M., Markuszewski J., Wierusz-Kozłowska M. Jakość życia u chorych przed i po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Chir. Narządów Ruchu Ortop. Pol.* 2007; 72: 269–270.
5. Badura-Brzoza K., Zajac P., Matysiakiewicz J. i wsp. Wpływ czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia chorych poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Psychiatr. Pol.* 2008; 2: 261–269.
6. Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2006; 14: 185–189.
7. Sęk H., Pasikowski T. The quality of life, health and sense of coherence in social context. W: Wołowicka L. (red.). *Quality of life in medical sciences*. Akademia Medyczna, Poznań 2001: 17–28.
8. Stanisławska-Biernat E., Filipowicz-Sosnowska A. Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów. *Przewodnik Lekarza* 2004; 11: 62–68.
9. Sierakowski S., Lewandowski B., Klimiuk P. Zasady postępowania diagnostycznego w chorobie zwyrodnieniowej stawów. *Nowa Medycyna* 2002; 115: 4–6.
10. Lewandowski B., Sierakowski S., Kita K., Klimiuk P., Muklewicz E. Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów. *Nowa Medycyna* 2002; 115: 37–42.
11. Laskowski J. M. Kapoplastyka całkowita stawów biodrowych. <http://www.kapoplastyka.pl/>; data pobrania 12.03.2012.
12. Zimmermann-Górska I. Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego. Aktualne (2005) zalecenia European League Against Rheumatism. *Medycyna Praktyczna* 2005; 9: 111–118.
13. Rocławski M., Kolarz K., Treder M., Mazurek T., Pankowski R. Prospektywne badanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia u pacjentów po alloplastyce całkowitej stawu biodrowego w 2-letnim okresie obserwacji. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 2009; 39: 115–116.
14. Andruszkiewicz A., Wróbel B., Marzec A., Kocięcka A. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16: 237–238.
15. Wrześniewski K. Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji the Nottingham Health Profile. W: Karski J., Kirschner H., Leowski J. (red.). *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia*. Ignis, Warszawa 1997: 37–41.
16. Lenartowicz H., Kózka M. *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
17. Ostasiewicz S., Rusnak Z., Siedlecka U. Statystyka, elementy teorii i zadania. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 1999.
18. Rocławski M., Lorczyński A., Bieniecki M. Ocena wpływu alloplastyki stawu biodrowego na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. *Chir. Narządów Ruchu Ortop. Pol.* 2008; 73: 5–9.
19. Jachimowicz-Wołoszynek D., Roś D., Michalska A. Wpływ wszczepienia sztucznego stawu biodrowego na jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* 2003; 5: 518–526.
20. Talarowska-Bogusz M., Florkowski A., Radomska A., Zboralski K., Gałęcki P. Depresja i ból w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawu biodrowego w wieku podeszłym. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2006; 21 (126): 566–569.
21. Palmer K. T., Milne P., Poole J., Cooper C., Coggan D. Employment characteristics and job loss in patients awaiting surgery on the hip or knee. *Occup. Environ. Med.* 2005; 62: 54–57.
22. Ostendorf M., van Stel H. F., Buskens E., Schrijvers A. J. Patient — Reported outcome in total hip replacement. A comparison of five instruments of health status. *J. Bone Joint Surg. Br.* 2004; 86: 801–808.
23. Cwanek J. Nadwaga a trwałość protezoplastyk. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* 2006; 3: 329–334.